



**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**TRẺ SƠ SANH: 2 THÁNG**

<b>PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ</b>	TÊN ĐÚA TRẺ		NGÀY SANH		
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI		
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỎ NGAI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI				
	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi ngủ ngon.	Con tôi có thể làm những tiếng kêu nhỏ trong miệng.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi ăn và bú giỏi.	Con tôi ngóc đầu dậy khi nằm sấp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi biết nhìn và nghe.	Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Elimination _____		
			Sleep _____		
Screening:			<input type="checkbox"/> Review Immunization Record		
Hearing	N	A	Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)		
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Family Planning	<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Sleeping on back
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Development	<input type="checkbox"/> Crib Safety	<input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infant Bond	<input type="checkbox"/> Feeding/colic	<input type="checkbox"/> Fever
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Passive Smoke?	<input type="checkbox"/> No bottle in bed	<input type="checkbox"/> Child Care
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat		
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other: _____		
Physical:	N	A	Assessment:		
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>		
Describe abnormal findings: <hr/> <hr/> <hr/>					
IMMUNIZATIONS GIVEN					
REFERRALS					
<b>NEXT VISIT: 4 MONTHS OF AGE</b>			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.  
They are not comprehensive guidelines.

### **Hearing Screen**

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### **Hepatitis B Vaccine**

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

### **Polio Virus Vaccine**

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes    No

- Vocalizes.  
  Smiles responsively.  
  Follows to mid line.  
  Responds to sounds.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



# KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TRẺ SƠ SANH: 2 THÁNG

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

## TRẺ SƠ SANH: 2 THÁNG

<b>PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ</b>	TÊN ĐÚA TRẺ		NGÀY SANH																
	CÁC DỊ ÚNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI																
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KỄ TỪ LẦN KHÁM CUỐI																		
	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>		CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>																
	Con tôi ngủ ngon.		Con tôi có thể làm những tiếng kêu nhỏ trong miệng.																
	Con tôi ăn và bú giỏi.		Con tôi ngóc đầu dậy khi nầm sắp.																
Con tôi biết nhìn và nghe.		Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.																	
CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHÂN	CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHÂN	VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHÂN	Chế độ ăn uống _____ Bài tiết _____ Ngủ _____ <input type="checkbox"/> Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa																
<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống <input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình																			
Khám truy tầm:	N	A	Giáo Dục về Y Tế/Hướng Dẫn Trước: (Đánh dấu hết những lớp đã hoàn tất)																
Nghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kế Hoạch Hóa Gia Đình <input type="checkbox"/> An Toàn <input type="checkbox"/> Ngủ nằm ngửa																
Nhin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Phát Triển <input type="checkbox"/> An Toàn Trong Nội <input type="checkbox"/> Hội Chứng Lắc Em Bé																
Phát triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gần Gũi Với Trẻ Thơ <input type="checkbox"/> Cho ăn uống/bị đau bụng <input type="checkbox"/> Bị Nóng Sốt																
Tính hanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hít Khói Thuốc <input type="checkbox"/> Không cho bú bình khi ngủ <input type="checkbox"/> Giữ trẻ																
Giao tẽ/Xúc cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Car Seat Thích Hợp																
Vận Động Thường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lớp Khác: _____																
Vận Động Khéo Léo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giám Định: _____          																
Thể chất:	N	A	Ngực <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">A</td> Phổi <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> Tim/Mạch <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> Bụng <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> Cơ Quan Sinh Dục <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> Xương sống <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> Chân tay <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> Thần kinh <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td>	N	A	<input type="checkbox"/>													
Nhin Chung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Đầu/Thóp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Tai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Cổ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Cục u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Tình Trạng Tâm Thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mô tả các khám phá bất thường:    																			
ĐÃ CHỨNG NGỪA																			
GIỚI THIỆU																			
<b>LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 4 THÁNG</b>		TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE																	
CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE																	

## Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 2 Tháng

### Các Điểm Mốc

**Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 2 đến 4 tháng.**

Ngóc đầu và vai khi đang nằm sấp.

Cười khi quý vị nói với em.

Lập lại những tiếng mà quý vị nói với em như ("aaaaa," "eeeeee")

Thích những đồ chơi tạo nên âm thanh, như tiếng lú lắc hoặc tiếng cút kít.

Tự nắm tay hoặc chân của em.

Cố gắng cầm những đồ chơi nhỏ trong tay.

**Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.**

### Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

#### Sức khỏe và phát triển, chích ngừa cho trẻ em:

Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY).

**Nuôi con bằng sữa mẹ khi đi làm lại:** Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies (số điện thoại có ghi ở trên)

**Muốn được giúp vì quý vị cảm thấy bối rối với em bé của quý vị:** Đường Dây Giúp Về Gia Đình, 1-800-932-4673.

**Nếu quý vị có những thắc mắc về sức khỏe của em bé quý vị:** Hãy trình bày với bác sĩ hoặc y tá của em bé quý vị.

### Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

"Khám trẻ khỏe mạnh" là để giúp cho em bé của quý vị được mạnh khỏe. Cố gắng đừng bỏ những lần khám này. Nếu quý vị không đến được, hãy gọi để làm hẹn khác.

Giữ thẻ chích ngừa của em bé nơi an toàn và mang theo trong những lần đi khám. Nếu quý vị có thắc mắc về việc chủng ngừa, hãy trình bày với bác sĩ hoặc y tá của em.

Sữa mẹ hoặc sữa bình đều cần thiết cho các em để tăng trưởng trong lứa tuổi này. Trẻ thơ không cần nhiều nước uống. Tránh không nên cho em bé của quý vị uống nước trái cây ở lứa tuổi này. Khi em đói hoặc khát nước, em cần chất dinh dưỡng trong sữa mẹ hoặc sữa bình.

Quý vị vẫn có thể tiếp tục cho con bú sữa mẹ khi quý vị đi làm lại. Để biết thêm chi tiết về cho con bú sữa mẹ trong lúc đi làm, gọi cho Healthy Mothers, Healthy Babies.

Đôi khi em bé của quý vị cần phải ăn nhiều hơn bình thường. Có nghĩa là em đang lớn nhanh hơn.

Đừng để em bé gần những người hút thuốc. Khói thuốc có thể làm cho em bị cảm lạnh và bị suyễn.

Tiếp tục để em nằm ngửa khi ngủ để tránh Tình Trạng Trẻ Sơ Sinh Chết Bất Thình Lình. Phải chắc chắn rằng ông bà nội/ngoại và những người chăm sóc khác cho em nằm ngửa khi ngủ.

### Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Khi quý vị gần với em bé của quý vị, hãy nói với em, hát cho em nghe, và nhìn vào mắt em. Điều này làm cho em biết rằng quý vị thương mến em. Đây cũng là điều để giúp cho trí óc của em tăng trưởng.

### Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Ngừa bị phỏng:

- Kiểm soát để chắc chắn rằng nước tắm vừa đủ ấm trước khi tắm cho con em của quý vị.
- Đừng nên uống cà phê nóng, trà, hoặc những loại nước uống khác khi bồng ẵm em.
- Đừng để em ra ngoài nắng. Đội mũ có vành che và mặc áo dài tay và quần dài cho em.